**Tabela nr 6**

**Harmonogram ……………………**

**(nazwa formy wsparcia)**

**realizowanego/-ych w ramach projektu nr………………… pn. …………….**

**(numer projektu) (tytuł projektu)**

Oś Priorytetowa VIII - Rozwój rynku pracy

Działanie 8.2 Aktywizacja zawodowa osób nieaktywnych zawodowo

Regionalny Program Operacyjny Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko uczestnika projektu** | **Nazwa (imię i nazwisko)  i adres Wykonawcy usługi poradnictwa zawodowego/ Wykonawcy usługi pośrednictwa pracy/ Wykonawcy usługi wsparcia psychologicznego/ Wykonawcy szkolenia/ Organizatora stażu** | **Miejsce realizacji**  **formy wsparcia**  **(dokładny adres)** | **Termin realizacji formy wsparcia** | **Godzina rozpoczęcia  i zakończenia**  **… - …** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Sporządził (imię i nazwisko wraz z pieczęcią służbową):

Data i miejsce sporządzenia: